TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr L. TAVERNIER

LYON
A. REY & Cie, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ
4, RUE GENTIL, 4
—
1907

TITRES

TITRES UNIVERSITAIRES

AIDE D'ANATOMIE
(Concours 1905)

DOCTEUR EN MÉDECINE
(1906)

TITRES HOSPITALIERS

EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON
(Concours 1897)

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON
(Concours 1901)

ENSEIGNEMENT

En qualité de Chef de table et d'Aide d'anatomie :

CONFÉRENCES D'ANATOMIE
(1905-1907)

TRAVAUX PRATIQUES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE
(1903-1907)

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Recherches sur les articulations du carpe.

(*In* Thèse. Lyon, 1906).

Ces recherches, faites pour éluciderle mécanisme des luxations du semi-lunaire, ont été effectuées sur un grand nombre de poignets dans les salles de dissection de la Faculté. Elle nous ont montré l'épaisseur et la solidité extrême des ligaments qui unissent le semi-lunaire aux os de l'avant-bras (ligament arcuatum des allemands), l'irrégularité du développement des ligaments interosseux scapho et pyramido-lunaire, et l'absence de tout ligament différencié entre le semi-lunaire et le grand os. Toutes conditions éminemment propres à favoriser un déplacement dans l'interligne médio-carpien, et à rendre impossible toute luxation radio-carpienne,

Note sur les rapports de l'uretère et du canal déférent.

(En collaboration avec M. le Dr Muller.
Société des sciences médicales de Lyon, 10 avril 1907).

Nous avions été frappé au cours de plusieurs vaso-vesiculectomies par la voie inguinale sous-péritonéale de voir que l'uretère semblait surcroiser le canal déférent et qu'il fallait pour aborder les vésicules traverser un fascia cellulaire dans lequel était compris l'uretère, alors que les données classiques présentent l'uretère accolé contre le petit bassin, et que nous nous attendions à le voir rester en dehors.

Des recherches cadavériques nous ont montré que lorsqu'après une longue incision de la paroi musculaire de l'abdomen on décolle le péritoine de la fosse iliaque, ce décollement entraîne en dedans, non seulement le péritoine, mais aussi le fascia sous-péritonéal et l'uretère contenu dans son épaisseur; de sorte que ce fascia masque les voies séminales qui sont directement sous-péritonéales, et que l'uretère semble surcroiser le canal déférent. Si, au contraire, on clive en bas de l'incision abdominale en en suivant le canal déférent, le fascia sous-péritonéal et l'uretère sont laissés en place contre les parois du petit bassin, on ne voit l'uretère qu'en le cherchant et tout à fait à son extrémité inférieure. C'est ce plan de clivage qui est la véritable voie anatomique d'accès sur le vésicules.

Rein unique en fer à cheval.

(Présentation de pièces anatomiques faite à la *Société des sciences médicales de Lyon*, le 26 novembre 1906, en collaboration avec MM. Muller et Chalier).

Cette pièce était un bel exemple de rein unique en

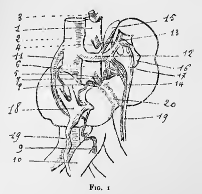


Fig. 1

1, Aorte. — 2, Veine cave inférieure. — 3, Tronc cœliaque. — 4, Artère mésentérique supérieure. — 5, Artère mésentérique inférieure. — 6, Artère rénale droite. — 7, Artère supplémentaire du hile gauche. — 8 et 9, Artères supplémentaires du hile droit. — 10, Artère iliaque primitive. — 11 et 12, Veines rénales. — 13, Veine capsulaire. — 14, Veine spermatique. — 15, Capsule surrénale gauche. — 16, Hile gauche. — 17, Bassinet gauche. — 18, Bassinet droit. — 19, Uretère. — 20, Sillon déterminé par l'artère mésentérique supérieure.

fer à cheval, formé par la soudure congénitale des deux pôles inférieurs.

Il n'y avait aucune autre anomalie des organes génito-urinaires.

Physiologie du carpe.
(*In* thèse, Lyon 1906).

Au cours de nos recherches sur le mécanisme des luxations carpiennes, nous avons été frappé des divergences d'opinion des auteurs qui se sont occupés de la physiologie des mouvements du poignet. La découverte de la radiographie qui semblait devoir trancher ces discussions, n'a fait que compliquer la question à cause surtout de la difficulté de la lecture des clichés et des erreurs d'interprétation auxquelles ils ont donné lieu. Nous nous sommes attaché non seulement à élucider d'une façon complète ce problème, mais encore à faire une étude critique des nombreux travaux publiés sur ce sujet, à relever les erreurs de chacun et les causes de ces erreurs. Nous nous sommes appuyé surtout sur des documents radiographiques, sans négliger pourtant l'étude des surfaces articulaires et l'examen de pièces préparées avec des clous indicateurs enfoncés dans les différents os. Nos conclusions concordent à peu près avec celles de Destot et de Lycklama A. Nijeholt, elles peuvent être ainsi résumées :

Le scaphoïde, le semi-lunaire et le pyramidal forment une sorte de ménisque osseux interposé entre le squelette de l'avant-bras et celui de la main terminé par les surfaces articulaires proximales de la deuxième rangée du carpe (cette deuxième rangée est en effet complètement solidaire du métacarpe).

Les deux articulations sus et sous-méniscales participent toutes deux à peu près également à tous les

mouvements : flexion palmaire et dorsale, inclinaison radiale et cubitale.

Ces mouvements s'exécutent autour de deux axes, l'un transversal, l'autre antéro-postérieur qui passent tous deux près du sommet de la tête du grand os.

De la situation de ces axes au-dessus du ménisque, il résulte que le ménisque se meut constamment en sens inverse du squelette de la main.

Le ménisque joue librement sur la surface régulière que lui offre l'extrémité inférieure du squelette de l'avant-bras. Au contraire la surface articulaire proximale de la deuxième rangée présente au ménisque une surface extrêmement irrégulière sur laquelle il doit constamment se mouler ; il y réussit grâce à sa souplesse. Les éléments osseux qui le constituent sont, en effet, mobiles les uns sur les autres et exécutent en plus de leurs grands déplacements autour des axes communs de petits mouvements individuels complexes qui ont pour résultat d'adapter toujours d'une façon parfaite le ménisque aux surfaces que lui offre la deuxième rangée dans les mouvements. C'est sur la constatation de quelques-uns de ces petits mouvements individuels qu'est basée le théorie de Henke, qui prise dans toute sa rigueur est fausse.

II. — TRAVAUX EXPÉRIMENTAUX

Luxations carp'ennes expérimentales
(Rapportées dans notre thèse de Lyon, 1906. — Pièces présentées à la *Soc. de chirurgie* de Lyon 31 mai 1906).

Nous avons tenté sur quarante cadavres de réaliser expérimentalement la luxation du semi-lunaire. Ces cadavres étaient frais, non injectés, et choisis parmi les sujets jeunes à cause de la fragilité excessive du radius des vieillards. Ces expériences nous ont conduit aux conclusions suivantes :

La luxation du semi-lunaire est impossible à réaliser par les procédés habituels d'expérimentation : hyperextention, chocs avec des masses de bois, compression à l'étau, etc. .

Il faut pour réussir se rapprocher le plus possible des conditions habituelles de chute : prendre un bras désarticulé à l'épaule, immobiliser par des liens la main en flexion dorsale et inclinaison cubitale, saisir le membre vigoureusement et le précipiter contre un mur de telle sorte que l'avant-bras soit bien perpendiculaire au plan résistant que heurte la paume. Même dans ces conditions on n'obtient que difficilement et rarement la lésion recherchée ; nous ne l'avons réalisée qu'une fois sur douze essais : sept fois le radius s'est

fracturé, quatre fois le membre a résisté et nous avons dû recourir à des sections ligamenteuses partielles pour obtenir des luxations. C'est toujours la luxation du semi-lunaire avec fracture du scaphoïde que nous avons réalisée et jamais la luxation pure isolée ; mais d'autres expériences nous ont démontré que la bascule en arrière du scaphoïde qui accompagne habituellement la luxation isolée du semi-lunaire est un mouvement physiologique secondaire et non une subluxation traumatique comme on l'a prétendu à tort (Destot).

III. — TÊTE ET COU

Métastase mastoïdienne d'un épithélioma thyroïdien.

(Société de Médecine de Lyon, 18 nov. 1901.)
(Lyon médical, 1er déc. 1901.)

Présentation d'une femme de vingt-cinq ans, opérée pour un épithélioma thyroïdien dont la malignité fut démontrée par l'examen microscopique et par l'apparition rapide d'une métastase mastoïdienne télangiectasique.

Nous insistons sur :

1° La jeunesse de la malade, qui avait mis en défaut le diagnostic avant l'opération ;

2° L'existence de vertiges et de nausées dont on peut discuter l'origine cérébelleuse ou labyrintique ;

3° La fréquence des métastases craniennes télangiectasiques des cancers thyroïdiens. Ces tumeurs forment une bonne part des vieux fungus de la dure-mère.

Enorme adénopathie tuberculeuse des régions parotidienne, sous-maxillaire et sus-claviculaire.

(Soc. des Sciences médicales de Lyon, 13 janv. 1904.)
(Lyon médical, 14 février 1904.)

Nous présentons la femme de 59 ans, porteur de ces tumeurs, intéressantes à cause de leur énormité et de la difficulté de leur diagnostic.

Extirpation des tumeurs, paralysie faciale consécutive qui régressa assez vite. — Résultat esthétique satisfaisant.

Blépharoplastie pour ectropion avec lambeaux cicatriciels.

(Soc. de chirurgie de Lyon, 19 nov. 1903.)
(Lyon médical, 20 déc. 1903.)

Présentation d'un malade opéré par M. le professeur Rollet pour un ectropion énorme des deux paupières, consécutif à une brûlure étendue. Autoplastie par la méthode indienne avec deux lambeaux pris au front en plein tissu cicatriciel. Résultat parfait.

Nous insistons sur la possibilité d'obtenir de bons lambeaux avec des tissus cicatriciels : lorsque la cicatrisation est ancienne, la rétraction est faite et ne progresse plus, le tissu peut être utilisé. Il est vrai que le lambeau obtenu est peu vascularisé et mal nourri, néanmoins il n'y a pas eu de sphacèle, grâce à l'asepsie rigoureuse, croyons-nous. C'est à cause de l'infection que les anciens chirurgiens voyaient autrefois toujours se sphacéler les lambeaux cicatriciels. D'où les données classiques qui indiquaient ici une autoplastie italienne, méthode longue et pénible pour le malade, ou des greffes dermo-épidermiques qui n'ont jamais donné de bons résultats à M. le professeur Rollet.

IV. — THORAX ET ABDOMEN

Dextrocardie acquise par symphyse pleurale droite.
(*Soc. de médecine*, 10 déc. 1906)
(En collaboration avec M. Muller.)

Présentation d'une pièce anatomique trouvée à l'amphithéâtre : le cœur, attiré par une symphyse pleurale droite occupait la moitié droite du thorax.

Coup de feu de l'abdomen. — Plaies de l'estomac, du diaphragme, du cœur et de l'artère pulmonaire. — Symphyse du péricarde.
(Présentation de pièces faite à la *Société des Sciences médicales de Lyon*, 10 avril 1907.)

Suicide par coup de revolver sur le bord externe du grand droit gauche au niveau de l'ombilic. Nous voyons le blessé cinq heures après, exsangue, pouls à 90, régulier, sans dyspnée.

Laparotomie au niveau de la plaie. Beaucoup de sang dans le péritoine. Plaie de l'estomac au niveau de la petite courbure, plaie des vaisseaux de la petite courbure, autre perforation de la face postérieure de l'estomac. L'estomac était vide et les perforations sont restées étanches ; nous les suturons et faisons l'hémostase du petit épiploon.

Persistance des symptômes d'hémorragie. Mort quinze heures après l'intervention.

L'autopsie montra que la balle était ressortie de l'arrière-cavité des épiploons à travers l'épiploon gastro-splénique, avait perforé le diaphragme, traversé le ventricule gauche et l'artère pulmonaire, et s'était arrêtée entre cette artère et l'aorte. Une symphyse totale du péricarde avait empêché l'épanchement de sang dans cette séreuse. Pas d'hémomédiastin. L'hémorragie péritonéale n'avait pas continué.

Après avoir attiré l'attention sur la bizarrerie du trajet de la balle, nous insistons surtout sur l'existence de la symphyse péricardique, qui change complètement les conditions d'une plaie du cœur. Le cœur, n'étant pas comprimé par un épanchement de sang, n'a nullement été troublé dans son fonctionnement : le pouls est resté autour de 90 et régulier pendant toute la survie, il n'y a jamais eu de dyspnée ; aussi nous n'avons pas soupçonné la plaie du cœur. L'eussions-nous diagnostiquée d'ailleurs, il est probable que la symphyse aurait mis à sa découverte chirurgicale une impossibilité complète.

L'existence d'une symphyse péricardique nous parait donc, en cas de plaie du cœur, un facteur de bénignité dans son évolution naturelle et de difficulté dans son traitement chirurgical.

Fracture ancienne de la colonne. Troubles trophiques.

(Société des sciences médicales de Lyon, 20 nov. 1901.)

(Lyon médical, 22 déc. 1901.)

Observation des suites éloignées d'une fracture de

la colonne survenue à l'âge de 13 ans chez un homme actuellement âgé de 40 ans.

Enorme gibbosité dorso-lombaire. L'anesthésie et la paraplégie restèrent complètes pendant un an, puis régressèrent peu à peu, permettant la marche et ne laissant subsister qu'une diminution de la sensibilité et de l'équinisme. Atrophie considérable des membres inférieurs (surtout à gauche) et du testicule gauche. Mal perforant plantaire.

L'intérêt de cette observation est dans l'étude précise de l'évolution à longue échéance des troubles nerveux.

Les abcès du foie consécutifs aux ulcérations de l'estomac.

(En collaboration avec M. le Dr Leclerc. *Lyon médical*, 1er janvier 1903.)

A propos d'une observation que nous rapportons, où deux gros abcès du foie avaient été trouvés à l'autopsie d'une femme porteur d'une cicatrice d'ulcère simple de l'estomac, nous étudions cette origine rare des abcès du foie.

L'abcès peut procéder directement par voie de continuité d'un foyer de périgastrite (très rare), mais le plus souvent il est comme dans notre cas le résultat d'une infection à distance par voie porte.

Ces abcès du foie consécutifs à des ulcérations gastriques sont exceptionnels; nous n'en avons trouvé que huit cas dans la littérature; on sait, par contre, leur fréquence à la suite des affections ulcéreuses des autres portions du tube digestif. Nous attribuons ce

contraste aux différences de septicité des milieux et des germes pathogènes : d'une part, pullulation de tous les saprophytes dans l'intestin opposée à l'action bactéricide du suc gastrique, et d'autre part virulence spéciale des agents pathogènes des ulcérations dysentériques ou typhiques opposée à l'absence de microbes pathogènes de l'ulcère ou du cancer de l'estomac.

Embolie de l'artère mésentérique supérieure.

(En collaboration avec M. G. Gayet, *Société de chirurgie de Lyon*, 4 décembre 1902.)

Présentation de pièces : un caillot oblitère l'artère à quelques centimètres de son origine sur l'aorte. Le malade avait une phlébite variqueuse des membres inférieurs. Début par une douleur abdominale brusque. Symptômes de péritonite. Laparotomie trente-six heures après. Toutes les anses sont noires ; on se contente do drainer. Mort douze heures après.

Nous insistons sur la difficulté du diagnostic ; il n'y eut pas de selles sanglantes ; seules la brusquerie du début et l'intensité des douleurs jointes à l'absence de tout passé pathologique abdominal auraient pu nous mettre sur la voie du diagnostic.

Un cas de guérison après six interventione abdominalss graves.

(*Lyon médical*, 2 octobre 1904.)

Nous rapportons l'observation d'une jeune femme dont l'odyssée chirurgicale est la suivante : colpotomie pour annexite, péritonite généralisée consécutive, gué-

rison par drainage abdomino-vaginal et anus artificiel sur le gros intestin, péritonite enkystée secondaire ouverte vers l'ombilic. Cure radicale de l'anus. Occlusion par coudure d'une anse grêle, guérison par un nouvel anus au niveau de l'anse étranglée. Nouvelle occlusion par coudure de l'anse voisine de l'anus, guérison par cathétérisme digital de l'anus contre nature. Guérison définitive par cure radicale de l'anus et résection de 80 centimètres d'anses intestinales adhérentes et dépéritonisées.

Nous attirons particulièrement l'attention sur deux points :

1° Le danger qu'il y a à abandonner des anses intestinales adhérentes ou dépéritonisées : Notre malade eut des occlusions tant que ne fut pas réséquée toute la portion lésée de son intestin.

2° La formation d'une occlusion par coudure et valvule si près de l'anus artificiel, qu'il suffit de l'introduction du doigt dans celui-ci pour rétablir le cours des matières. Tout exceptionnel que soit le cas, cette manœuvre ne devra donc jamais être négligée en pareille circonstance.

Tumeur de la vessie. Pyélonéphrite double
Obstruction calculeuse d'un uretère

(Présentation de pièces anatomiques, faite avec M. Muller, à la *Société des sciences médicales de Lyon*, 5 décembre 1906.)

L'intérêt de cette présentation résidait :

1° Dans le siège de la tumeur sur la face péritonéale de la vessie qui aurait rendu possible son ablation;

2° Dans la coexistence de la tumeur avec un calcul

uretéral. Celui-ci était dû vraisemblablement à de la lithiase secondaire aux lésions de pyélonéphrite ascendante déterminées par la présence de la tumeur.

Hydrosalpinx énorme.

(Société de chirurgie de Lyon, 11 mai 1905.)

Présentation d'un hydrosalpinx du volume d'une grosse aubergine, qui avait donné lieu, à cause de son volume, à une erreur de diagnostic.

Tuberculose utéro-ann.xielle. Hystérectomie totale. Extériorisation du foyer drainé par le Douglas.

(Société de chirurgie, 11 mai 1905. *Lyon médical,* 2 juillet 1905.)

Présentation d'une malade qui subit une hystérectomie totale pour tuberculose des annexes et des cornes utérines.

Le point intéressant est qu'un ovaire infecté adhérent au rectum et au plancher pelvien fut laissé au fond de la plaie, exclus de l'abdomen par un cloisonnement péritonéal du petit bassin et drainé par le vagin. Ce cloisonnement fut exécuté à l'aide du méso de l'anse sigmoïde et du péritoine de la vessie.

Nous insistons sur la valeur de ce procédé de drainage extrapéritonéal que nous avons vu appliquer plusieurs fois par notre maître Albertin avec le plus grand succès. Il évite les longs ennuis et les dangers du Mickulicz abdominal ou vaginal. La méthode est applicable même à des foyers intrapéritonéaux très haut situés, par exemple un foyer d'appendicite chronique suppurée surajoutée à un utérus fibromateux dans un cas d'Albertin.

V. — MEMBRES

Epithélioma greffe sur un mal perforant plantaire.

(Société des sciences médicales de Lyon, 20 novembre 1901. *Lyon médical*, 22 décembre 1901.)

Présentation d'un pied amputé pour dégénérescence épithéliomateuse d'un mal perforant plantaire datant de vingt-deux ans chez un malade porteur d'une fracture ancienne de la colonne. Curage des ganglions du triangle de Scarpa.

Astragales déformés par des lésions d'arthrite sèche.

(Société des sciences médicales de Lyon, 6 mars 1907.)

Nous avons présenté avec M. Muller trois astragales ayant subi de curieuses déformations d'arthrite sèche : usure et aplatissement de la portie cartilagineuse; présence sur le col d'ostéophytes formant de véritables butées osseuses. Ces déformations en avaient imposé d'abord pour d'anciennes lésions traumatiques; la constatation d'autres lésions d'arthrite sèche, en particulier au niveau des genoux, permit de rattacher ces déformations à leur véritable cause.

Luxation de l'extrémité supérieure du radius avec fracture du cubitus

(Société de chirurgie de Lyon, 1er déc. 1904.)
(Lyon médical, 1er janvier 1905.)

A l'occasion de la présentation d'une malade porteur d'une luxation de l'extrémité supérieure du radius avec fracture du cubitus, datant de l'enfance, non réduite, et dont le résultat fonctionnel était parfait, nous étudions le pronostic éloigné de cette lésion.

Il y a quelques cas cités partout de bons résultats (Bouillaud, Ollier), mais la plupart des résultats éloignés sont mauvais et exigent la résection de la tête radiale. C'est l'âge surtout qui fait le pronostic de la lésion : Résultats presque constamment mauvais chez l'adulte, presque toujours très bons chez l'enfant où les phénomènes d'adaptation fonctionnelle se font beaucoup mieux.

Nous insistons beaucoup aussi sur les déformations secondaires carpiennes très complexes que présente la malade et que nous n'avons trouvées signalées dans aucune observation analogue ; il y a eu ascension du radius, le cubitus devenant trop long s'est subluxé sur la face dorsale du carpe qu'il a fait basculer du côté cubital. Le cubitus au contact direct des os du carpe s'est fortement hyperostosé. Il s'est constitué en un mot un *carpus curvus* secondaire. Il est intéressant de noter que des déformations aussi considérables ne s'accompagnent d'aucune gêne fonctionnelle.

Dilatation ampullaire d'une veine de l'avant-bras

(*Société des sciences médicales de Lyon*, 17 déc et 24 déc. 1902)
(*Lyon médical*, 1er février 1902.)

Présentation d'un malade, porteur d'une dilatation ampullaire d'une veine superficielle de l'avant-bras.

Des recherches bibliographiques nous permirent de trouver de nombreux cas de dilatation ampullaire de la saphène, de la fémorale, de la poplitée, des veines du cou, mais aucune des veines du membre supérieur.

Nous insistons sur la difficulté du diagnostic causée par la rareté de la lésion, l'absence de coloration bleue de la peau et surtout le fait que la tumeur était difficilement réductible, à cause de la valvule que formait la paroi de la veine au niveau du pédicule de la varice.

Luxations carpiennes

(Les déplacements traumatiques du semi-lunaire
Thèse de Lyon, 1906. 318 pages.
Lyon médical, 10 juin 1906. Les déplacements traumatiques de semi-lunaire.
Société de chirurgie de Lyon, 31 mai 1906. Présentation de pièces.)

A l'occasion de notre thèse, nous avons repris dans son ensemble l'étude des lésions traumatiques du carpe, question si mal connue autrefois et sur laquelle la radiographie vient de nous fournir tant de documents. Nous avons étudié minutieusement toutes les observations que nous avons pu nous procurer ; et nous avons conclu que, mises à part quelques lésions tout à fait exceptionnelles, toute la pathologie du carpe se résume en deux ordres de lésions : d'une part, des fractures simples du

scaphoïde, et d'autre part des luxations assez complexes qui ont été désignées sous des noms différents, mais qui appartiennent en réalité au même groupe clinique.

Nous avons consacré notre thèse à l'étude de ces luxations. Suivant que tel déplacement frappait le plus l'observateur, ces luxations ont été appelées : luxation palmaire du semi-lunaire, luxation dorsale du grand os, luxation dorsale du carpe moins le semi-lunaire, dislocation du carpe, luxation médio-carpienne en arrière ; ce ne sont là en réalité que les étapes et les variétés d'une même lésion, nous les avons groupées sous l'étiquette de « déplacements traumatiques du semi-lunaire » parce que le déplacement de cet os du côté palmaire du grand os y est la seule lésion constante, et que sa saillie palmaire domine la symptomatologie et le pronostic de la lésion et en dicte le traitement.

Notre étude est basée sur 114 observations, 22 sont inédites et recueillies par nous, les autres représentent toutes celles des observations publiées par les différents auteurs qui nous ont paru présenter des garanties suffisantes d'authenticité dans leur diagnostic, elles sont pour la plupart allemandes et américaines.

Nous avons classé ces luxations en trois groupes anatomo-pathologiques :

Anatomie pathologique. — Dans un premier groupe de lésions, le déplacement s'est produit dans l'interligne médio-carpien entre le semi-lunaire qui a passé du côté palmaire et le grand os qui a glissé du côté dorsal. Le semi-lunaire a conservé ses rapports normaux avec les os de l'avant-bras, mais il a rompu

les ligaments qui l'unissaient aux os voisins de sa rangée, et tout le reste du carpe est déplacé du côté dorsal.

Il s'agit en somme d'une luxation dorsale du carpe moins le semi-lunaire (fig. 2.)

Une fracture du scaphoïde complique fréquemment la lésion, le fragment proximal de l'os accompagne alors le semi-lunaire dans son déplacement palmaire, il lui reste uni par le ligament intérosseux (fig. 3).





Fig. 2 et 3. — Luxations de 1er groupe sans et avec fracture du scaphoïde (décalques de radiographie de profil).

On observe enfin des cas où le semi-lunaire a entraîné dans son déplacement non seulement le fragment proximal du scaphoïde brisé, mais encore le pyramidal ou un fragment de cet os brisé. C'est alors la classique luxation médio-carpienne qui est réalisée, luxation médio-carpienne en arrière, car nous tenons pour tout à fait suspecte l'existence de la luxation médio-carpienne en avant, dont il n'existe que quatre observations basées uniquement sur des signes cliniques.

Dans un second groupe de cas, le déplacement du

semi-lunaire est plus complet : poussé du côté palmaire par la pression de la tête du grand os, le semi-lunaire seul ou accompagné d'un fragment scaphoïdien rompt les ligaments qui l'unissent au bord dorsal du radius et bascule du côté palmaire autour de la charnière que lui forme le très solide ligament radio-lunaire antérieur. Il exécute alors autour de son axe transversal une rotation de 90 et même 180 degrés, de sorte que sa concavité regarde non plus l'extrémité du membre, mais le côté palmaire ou même la racine du membre (fig. 4.)



Fig. 4. — Luxation du 2e groupe, décalque de radiographies de profil.



Fig. 5. — Luxation du 3e groupe, décalque de radiographie de profil.

Il existe enfin un troisième groupe formé de cas tout à fait exceptionnels (3 cas seulement) où le déplacement a lieu dans l'interligne radio-carpien et non dans le médio-carpien ; le semi-lunaire a rompu ses connexions ligamenteuses avec le radius et a basculé en sens inverse des cas précédents. Sa concavité, au lieu d'être déshabitée et orientée vers la face palmaire, regarde du côté dorsal, engainant la face palmaire de la tête du grand os (fig. 5).

Le degré de fréquence de ces trois variétés est le suivant : Les cas du premier groupe sont de beaucoup les plus fréquents, la fracture du scaphoïde y est la règle, la participation du pyramidal est tout à fait exceptionnelle. Les cas du deuxième groupe sont moins fréquents, mais leurs symptômes plus accentués font qu'ils passent moins inaperçus, ce qui explique que nous en ayons trouvé beaucoup dans la littérature et peu dans nos cas personnels. Nous avons dit déjà l'extrême rareté des cas du troisième groupe.

Mécanisme. — Après avoir longuement exposé et critiqué les théories pathogéniques proposées par les différents auteurs, nous basant sur l'anatomie pathologique et l'expérimentation, nous exposons notre façon de comprendre le mécanisme des lésions traumatiques du poignet.

Ces lésions surviennent presque toujours par chute sur la paume de la main étendue. L'examen d'une radiographie de la main en extention appuyée (fig. 6) montre que le semi-lunaire en porte à faux sur le grand os ne peut offrir au radius qu'un médiocre point d'appui, tandis que le scaphoïde debout, reposant directement sur le sol, fournit à la lèvre postérieure du radius un point d'appui solide. Donc, normalement, toute la pression portera sur le scaphoïde qui sera brisé ou fracturera la lèvre postérieure du radius (cas le plus fréquent).

Mais si la main est en inclinaison cubitale telle que le scaphoïde échappe à l'engainement du radius et n'est plus en contact qu'avec l'extrême pointe de la styloïde, ou si le scaphoïde a été brisé et que le trauma-

tisme continue son action, le radius ne trouve plus pour point d'appui que le semi-lunaire. Celui-ci forme comme un coin à base palmaire interposé entre les deux plans inversement inclinés que forment les surfaces articulaires du radius et du grand os. Il jaillirait vers la paume à la moindre pression, s'il n'était maintenu en place par ses ligaments. Ces ligaments sont de résistance différente, de sorte que le plus faible



Fig. 6. — Décalque d'une radiographie de profil du poignet, main en extension appuyée.

cède le premier, et qu'il ne se produit de glissement que sur une des faces du coin, que dans l'interligne dont les ligaments se rompent. Le glissement s'effectue presque toujours dans l'interligne capitato-lunaire, et la tête du grand os vient s'arc-bouter contre la corne dorsale du semi-lunaire entraînant avec elle tout le reste du carpe. Ainsi est réalisée la première variété de luxation.

Très exceptionnellement le glissement se produit dans l'interligne radio-carpien après rupture du solide ligament radio-lunaire ; le semi-lunaire, solidaire du

grand os, glisse en avant du radius, réalisant la troisième variété de luxation.

Quant aux luxations de la deuxième variété, elles ne sont qu'une complication de celles de la première : Dans la suite du traumatisme, ou dans un effort de réduction, la tête du grand os pressant sur la corne dorsale du semi-lunaire, déchire les fibres radio-lunaires postérieures, et l'os qui n'est plus maintenu que par le ligament radio-lunaire antérieur bascule autour de cette charnière.

Symptômes et diagnostic. — Les symptômes de ces luxations sont maintenant bien connus : douleur, gonflement, pas de déformation ou léger dos de fourchette carpien, impotence du poignet et des doigts immobilisés en demi-flexion, raccourcissement de la hauteur du poignet, épaississement antéro-postérieur avec saillie perceptible du semi-lunaire sur la face palmaire du poignet, troubles de compression du médian ou du cubital tellement fréquents que nous les considérons comme un symptôme de la lésion et non comme une complication.

Nous discutons longuement la valeur séméiologique de chacun de ces signes, et nous concluons que l'impotence fonctionnelle persistante s'observe dans un trop grand nombre de lésions du poignet pour pouvoir fournir une indication diagnostique précise ; le raccourcissement de la hauteur du poignet signifie lésion carpienne sans permettre de préciser plus ; les phénomènes de compression du médian ou du cubital et l'existence d'une tumeur osseuse sur la face palmaire



Fig. 7. — Type de radiographie de face d'une luxation du 1er groupe avec fracture du scaphoïde.

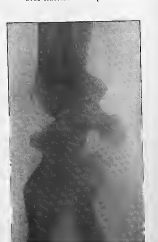


Fig. 8. — Type de radiographie de profil d'une luxation du 1er groupe avec fracture du scaphoïde.

du poignet, sont les deux signes pathognomoniques par lesquels se manifeste le déplacement palmaire du semi-lunaire.

Ces signes permettent presque toujours d'affirmer le diagnostic, surtout dans les cas anciens. Néanmoins, la radiographie est indispensable pour préciser la variété anatomique de la lésion. Il est utile pour cela de se familiariser à la lecture difficile des clichés de poignet. Sur le cliché de face, la lésion se traduit, comme on peut le voir sur la figure 7, par l'empiétement de l'ombre du semi-lunaire sur celles du grand os et du crochu ; le semi-lunaire présente souvent aussi des déplacements latéraux par rapport aux autres os du carpe.

Le cliché de profil est beaucoup plus démonstratif encore, il montre nettement (fig. 8) que la tête du grand os a quitté la concavité du semi-lunaire et appuye sa face palmaire contre la corne dorsale de cet os. Il est indispensable de prendre une radiographie dans chaque sens, car sur le cliché de face le déplacement est quelquefois si faible qu'il pourrait passer inaperçu, et sur celui de profil il n'est possible de préciser les lésions concomitantes qu'avec beaucoup d'habitude et sur de bonnes radiographies.

Pronostic. — Ce chapitre est un des plus neufs de notre thèse. Nous y montrons en effet que le résultat éloigné des cas non traités n'est pas aussi constamment mauvais qu'on l'avait cru jusqu'ici : ce sont les mauvais cas qui s'offrent à l'observation des chirurgiens, les bons résultats ne reviennent pas se montrer. Aussi,

en revoyant méthodiquement tous les cas parvenus à notre connaissance, nous avons trouvé quelques très bons résultats : deux blessés surtout (obs. 13 et 15), jouissaient d'un fonctionnement presque normal de leur poignet après une longue période d'impotence (10 à 12 mois).

Néanmoins, c'est là l'exception ; le plus souvent, l'incapacité du blessé est définitive par raideur du poignet, douleur dans les efforts, gêne des mouvements des doigts et troubles nerveux dont le degré le plus accentué est la griffe cubitale complète. C'est au bout d'un an environ que le résultat est définitivement acquis et ne se modifie plus guère.

Traitement. — Ce pronostic, malgré tout assez sombre, justifie un traitement actif.

Dans les cas récents, le traitement de choix est la réduction. Nous ne pouvons que nous étonner de la défaveur dont elle jouit en dehors de la région lyonnaise. Nous n'avons pu en trouver que cinq observations étrangères, tandis que nous en publions huit observations lyonnaises. Ces treize cas nous donnaient, lorsque nous avons publié notre thèse, douze très bons résultats et un médiocre, ce dernier était trop récent, nous l'avons revu depuis, il s'est complètement amélioré. Cette réduction est un peu pénible, mais au prix de quelques efforts, peut s'obtenir dans presque tous les cas récents. Nous l'avons obtenue dans tous les cas où nous l'avons tentée et même dans un cas ancien de cinquante-quatre jours. Nous croyons donc que, lors que la pratique de cette réduction sera entrée dans les

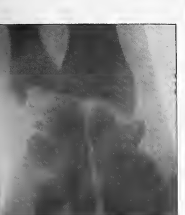



FIG. 9 et 10. — Face et profil d'une luxation du 1er groupe avec fracture du scaphoïde avant la réduction (observation IV de notre thèse).



FIG. 11. — Radiographie de face du même, après réduction, à la sortie du plâtre (On voit à peine le trait de fracture du scaphoïde, seul vestige du traumatisme).

habitudes de tous les chirurgiens, cette opération ne sera pas plus discutée au poignet qu'au coude, à l'épaule ou à n'importe quelle autre articulation. Le manuel opératoire de la réduction est le suivant : traction sur la main en hyperextension dorsale forcée, pression directe sur la saillie palmaire du semi-lunaire, puis la main est ramenée brusquement en flexion. Les radiographies ci-jointes témoignent de ce que l'on peut espérer obtenir en fait de réduction ; on croirait difficilement que les clichés des figures 9 et 11 appartiennent au même poignet.

Dans les cas anciens dont le résultat est mauvais, et dans les cas précocement irréductibles par rotation exagérée du semi-lunaire, trois opérations ont été pratiquées : la reposition sanglante, l'ablation du ou des os luxés et la résection du poignet.

La réduction sanglante n'a été que rarement pratiquée (3 cas), elle n'a pas donné jusqu'ici de résultats encourageants, nous croyons qu'on doit la réserver aux cas précocement irréductibles.

L'extirpation du semi-lunaire seul ou avec le fragment attenant du scaphoïde, si cet os est brisé, est l'opération qui a été le plus communément employée. Nous en avons retrouvé quarante-quatre observations. Les résultats sont bons, c'est l'opération de choix dans la plupart des cas anciens.

La résection totale du carpe a été pratiquée uniquement par notre maître, M. Vallas, qui eut affaire, au début surtout, à des cas très mauvais. Les résultats de ses cinq cas montrent que cette opération est susceptible de donner de splendides résultats. Elle est indiquée

dans les cas graves où l'ankylose du poignet est totale, cas où l'ablation du semi-lunaire ne saurait être de mise ; enfin, elle reste une ressource précieuse en cas d'échec d'une des opérations précédentes.

Le traitement des déplacements traumatiques du semi-lunaire peut donc se résumer ainsi : Réduire, toutes les fois que cela est possible, sinon extirper l'os luxé ; dans le cas très improbable d'un échec de ces méthodes, réséquer le poignet.

Telles étaient les conclusions de notre thèse ; et plusieurs cas nouveaux que nous avons observés depuis, cas de réduction ou d'extirpation, nous permettent de les maintenir avec plus de fermeté encore.

Lyon. — Imprimerie A. REY et Cie, 4, rue Gentil — 4544